O doszczętnem leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego za pomocą prostatektomii.

Podał

prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego i następstw stąd wynikających ograniczało się do niedawna do zabiegów czysto przypadowych, polegało ono bowiem jedynie na oczyszczaniu wnętrza pęcherza, zapobieganiu gromadzenia się większych zapasów moczu, odprowadzaniu zatrzymanego moczu, regulowaniu dyjety i t. p. środkach, które ani właściwéj choroby, ani nawet głównego jéj przypadu, n. p. zatrzymania moczu, nie były w stanie doszczętnie usunąć.

Wprawdzie pojawiały się od czasu do czasu próby takiego doszczętnego leczenia, lecz one nie zdołały sobie wyrobić rozgłosu i wzięcia ani między lekarzami ani też u osób tą chorobą dotkniętych tak, że po krótszym lub dłuższym czasie popadały w zapomnienie. Do tych prób należały przedewszystkiem obydwie metody podane przez Merciera, z których pierwsza polegała na rozcięciu przerosłego środkowego płatu za pomocą narzędzia umyślnie w tym celu podanego (*secateur*), a druga na wycięciu zastawki pęcherzowéj przez tenże płat wytworzonéj. Gdy obydwie opera-

cyje odbywały się śródpęcherzowo, a więc po omacku i za pomocą narzędzi skomplikowanych, nie dziwota przeto, że żaden z naśladowców Merciera nie znalazł tych metod tak dobremi, jak on sam.

Nie lepszego losu doznała propozycyja Heinego, aby za pomocą śródmiąższowych wstrzykiwań nastoju jodowego wpłynąć na zanik przerosłego gruczołu.

W ostatnich czasach podniesiono znów dawne aspiracyje Merciera, t. j., aby znieść płat srodkowy i tym sposobem utorować lepszą drogę dla zatrzymującego się w pęcherzu z tego powodu moczu. I to prawie równocześnie z dwóch stron wyszły takie propozycyje: jednéj autorem jest Bottini, który narzędziem przez siebie podanem również śródpęcherzowo, jak jego poprzednik, lecz za to bezkrwawo, bo galwanokaustycznie, niszczy przerosły płat środkowy gruczołu krokowego i tym sposobem przywraca pacyjentom utraconą możność dobrowolnego oddawania moczu. Zarzut, który spotkał pierwotny jego przyrząd a mianowicie, że tenże w całości się rozgrzewa i w niektórych razach przyżeguje i dalsze części cewki moczowéj, uznał Bottini za słuszny i wymyślił inne narzędzie, zupełnie tym wymaganiom odpowiadające. Sam autor ogłosił kilka przypadków bardzo pomyślnie zakończonych, które w ten sposób leczone były, a między niemi znajduje się historyja choroby wraz z podmiotowemi wrażeniami spisana przez wdzięcznego pacyjenta, lekarza z zawodu.

Druga propozycyja jest połączoną z zabiegiem krwawym i może być dokonaną w sposób dwojaki. Mc. Gill wykonał u pacyjenta dotkniętego przerostem gruczołu krokowego, a w skutku tego zatrzymaniem moczu, cięcie nadłonowe, a otworzywszy pęcherz wygodnie, usunął tamtędy zastawkę utworzoną przez płat środkowy, zamykającą szczelnie ujście wewnętrzne cewki moczowéj. Dobry rezultat w tym i w kilku innych podobnych przypadkach skłonił autora do wypowiedzenia zdania, że po największéj części przyczyną trudności moczenia wobec przerostu gruczołu krokowego jest wytworzenie się zastawki z płatu jego środkowego, że zatem otwar-

cie pęcherza cięciem podbrzusznem najlepszą daje możność usunięcia tych przeszkód, że w końcu cięcie to przydatnem i skutecznem będzie i w tych wyjątkowych przypadkach, w którychby się owéj zastawki nie znalazło, a tylko przerost płatów bocznych, gdyż działać ono może zbawiennie na równocześnie istniejący nieżyt pęcherzowy i bolesne parcia (wypoczynek pęcherza) pomijając już tę korzyść, że daje ono sposobność racyjonalnego i bezpośredniego działania na boczne płaty i jeżeli nie przywrócenia naturalnego oddawania moczu' to przynajmniéj możności dostania się do pęcherza miękkiemi kateterami.

Prawie w tym samym czasie i nie wiedząc o rezultatach Mc. Gilla, operował Landerer mężczyznę 63-letniego z powodu kamienia moczowego za pomocą cięcia środkowego *(sectio mediana)*, u którego przypadkowo przy pierwszem sięgnięciu kleszczami zamiast kamienia wydobył środkowy płat krokowy ku pęcherzowi sterczący, co ułatwiło przystęp i wydobycie kamienia. Chory ten wyzdrowiał i co ważniejsza pozbył się dotychczasowych trudności w oddawaniu moczu, co autorowi dało pochop do ogłoszenia tego przypadku i postawienia horoskopu, że operacyja ta może być wykonywaną metodycznie w celu usunięcia przeszkód w oddawaniu moczu.

Po tych ogłoszeniach pojawiły się wkrótce prace już to za tym kierunkiem przemawiające, już to jemu przeciwne. Do tych ostatnich zaliczyć należy przemówienie Dittela przez usta współpracownika swego Schustlera, który przyznając słuszność twierdzenia Mc. Gilla co do niektórych przypadków odznaczających się przeszkodami moczenia przy przeroście gruczołu krokowego nie może zgodzić się na rozpowszechnienie téj metody do wszystkich tego rodzaju przypadków, przyczem opiera się na następujących motywach: 1) że przerost średniego płatu gruczołu krokowego bez równoczesnego przerostu bocznych płatów należy do niezwykłéj rzadkości; 2) że przeszkody o wiele częściéj biorą początek w zgrubieniu tych ostatnich niż tamtego; 3) że, jeżeli środkowy płat bywa tychże przyczyną, to niekoniecznie w po-

staci zastawki przez operacyję usunąć się dającéj, lecz częstokroć w postaci rozległéj tamy; 4) że dawniejszy sposób zakładania przetoki w okolicy nadłonowéj za pomocą wbitego tamże trójgrańca ma oddawać znakomite usługi w tych przypadkach, w których kateteru z jakichkolwiek bądź przyczyn zwykłą drogą wprowadzić nie możemy.

Że zaś odjęcie owéj zastawki krokowéj nie zawsze uwieńczonem bywa skutkiem pożądanym, przytacza S. z praktyki Dittela dwa ujemne przypadki. Również wodą na jego młyn były dwa przypadki, o których doniósł był Benno Schmidt, że pomimo dokładnego usunięcia zastawek nie przyszło do prawidłowego, naturalnego oddawania moczu.

Natomiast występuje Meinhard Schmidt z opisem podobnego przypadku jak poprzednie dwa, t. j. że po dokładnem usunięciu sterczącego środkowego płatu za pomocą cięcia nadłonowego prawidłowe dobrowolne moczenie nie powróciło, na czem jednak operator nie poprzestał, lecz podejrzywając nadto przerost bocznych płatów o zatrzymywanie moczu w pęcherzu, przystąpił w 3 tygodnie późniéj do drugiéj operacyi t. j. do cięcia na międzykroczu (*boutonnière*), przez które rozszerzył dokładnie gruczołową część cewki moczowéj za pomocą wprowadzonych do niéj rozszerzadeł. Rezultat tych obydwu operacyj był tak świetnym, że autor proponuje połączenie obydwu jako metodyczne postępowanie w niektórych niezwykle ciężkiemi przypadami się odznaczających przypadkach.

Na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich w Berlinie podjął tę kwestyję Kümmel z Hamburga, który na podstawie sześciu przez siebie za pomocą cięcia podbrzusznego skutecznie operowanych przypadków świetnie bronił zasady, że zatrzymanie moczu, wywołane przerostem gruczołu krokowego może być doszczętnie tylko przez zabieg operacyjny i to najłatwiéj za pomocą cięcia podbrzusznego usuniętem. Na zarzuty Socina i Thierscha, którzy nie radzili zapalać się do takiego postępowania wobec faktu, że najcięższe przypady osób dotkniętych przerostem gruczołu krokowego pochodzą od zapalnego stanu pęcherza, a ten daje się

leczyć w inny sposób, odpowiada Kümmel, że metody téj używał i poleca używać jedynie tylko tam, gdzie niezbity dano dowód, że przeszkoda mechaniczna istnieje i gdzie odprowadzanie moczu za pomocą cewnika jest albo nie możliwem, albo bardzo bolesnem, albo wreszcie grozi w dalszym ciągu niebezpieczeństwem dla życia.

Jeżeli więc zważymy tę różnorodność zdań o jednéj i téj sdméj rzeczy i okoliczność, że sprawa tak ważna nie na podstawie teoretycznych rozumowań lecz praktycznego doświadczenia rozstrzygniętą być może, to powinniśmy się starać próbować téj metody wszędzie tam, gdzie ona według dzisiejszych pojęć usprawiedliwioną być może, a to tembardziéj, że sami pacyjenci dotknięci tak ciężkiem kalectwem domagają się przedsięwzięcia chociażby i ryzykownych zabiegów i że ostatecznie coraz bardziéj rozwijająca się kystoskopija ułatwiać może rozstrzyganie kwestyi obecności lub nieobecności przeszkód mechanicznych ze strony płatu środkowego.

Wobec powyższego stanu téj sprawy i wobec faktu, że dotychczas oprzeć się można zaledwie na kilkunastu przypadkach w ten sposób operowanych, pożądanem jest ogłaszanie każdego takiego przypadku i z tego powodu pospieszam i ja z mojem chociaż pojedynczem spostrzeżeniem.

M. P. 62 lat liczący, właściciel realności z Korniowa pod Horodenką, przybył w maju 1888 roku na mój oddział z rozpoznaniem kamienia moczowego w pęcherzu celem poddania się operacyi.

Wywiady wykazują, że pacyjent od 4 lat doznaje jakiegoś przykrego ciągnienia i ciążenia w pęcherzu, że podczas jazdy wózkiem doznaje bólów, a od roku nie może inaczéj oddać moczu, jak za pomocą cewnika gutaperchowego, który sobie sam z łatwością 4—5 razy na dobę wprowadza.

Badanie stwierdza mężczyznę krępego, na wiek swój dobrze odżywionego, nie przedstawiającego oprócz w zakresie dróg moczowych żadnych innych wybitniejszych zmian w organizmie. Sonda metalowa przechodzi po małem zatrzymaniu się przed samym gruczołem krokowym zresztą łatwo do pęcherza, gdzie po kilku obrotach natrafia na ciało obce twarde, wyraźny oddźwięk wydające. Palec wprowadzany do odbytnicy wyczuwa gruczoł

miernie powiększony tak, że obydwa płaty boczne dają wrażenie wielkości przepołowionego jaja kurzego. Rozbiór moczu przedstawiał objawy lekkiego nieżytu pęcherzowego. Na téj podstawie rozpoznałem kamień pęcherza, który drażniąc jego ściany, a przedewszystkiem sterczący weń płat środkowy gruczołu krokowego sprowadził większy obrzęk jego i ztąd zatrzymanie moczu i postanowiłem wykonać litolapaksyję, opierając się na fakcie, że bez trudności mogłem wprowadzić grube sondy metalowe.

Operacyję wykonałem dnia 16-go maja 1888 w narkozie chloroformowéj, przyczem skruszyłem kamień od razu w przeciągu godziny i wydobyłem okruchy ewakuatorem Ultzmanna, ważące razem około 10 gramów. Pęcherz wypłukano przedtem i potem wodą borową 3%-wą, a badanie sondą nie wykazało już żadnego ciała obcego. Przewidziane wzmożenie się chwilowe nieżytu pęcherza leczono przestrzykiwaniami pęcherza, lecz chociaż wkrótce mocz zupełnie się oczyścił, nie mógł pacyjent oddawać go dobrowolnie, tylko jak przedtem za pomocą cewnika. Cała korzyść polegała na tem, że mogł obecnie znacznie dłużéj mocz utrzymywać w pęcherzu, bo do 5 godzin. W tym stanie odjechał z końcem maja 1888 do domu.

Tamże, jak póżniéj się dowiedziałem, pęcherz wcale się nie poprawiał pomimo używania kąpieli, przeciwnie wkrótce wrócił do dawnego stanu, t. j. do częstego parcia na mocz obok niemożności oddania go dobrowolnie. Gdy wreszcie na wiosnę 1889 r. przystąpiły nadto bóle i krwawe moczenie, zgłosił się pacyjent z końcem maja b. r. u mnie powtórnie prosząc, aby go jeszcze raz operować, gdyż mu się zdaje, że kamień znowu się utworzył.

Stwierdziwszy za pomocą sondy rzeczywiście obecność kamienia oświadczyłem, że tym razem wydobędę go w całości po przecięciu pęcherza, a to tem bardziéj, że spodziewam się w ten sposób usunąć środkowy płat gruczołu krokowego jako najbliższą przyczynę zatrzymania moczu, a pośrednio i tworzenia się kamienia. Chory nie tylko, że się na taką operacyję zgodził, lecz przyjął propozycyję tę z entuzyjazmem, przystając na wszystko, byleby była jaka taka nadzieja pozbycia się téj przykréj zależności od kateteru.

D. 24 maja b. r. wykonałem w narkozie chloroformowéj zwykłym sposobem cięcie podbrzuszne, otworzyłem pęcherz, a wydobywszy z niego dwa kamyczki dochodzące do wielkości orzechów laskowych, wymacałem palcem wskazującym przed samem ujściem wewnętrznem ciało twardawe z dołu ku górze sterczące na kształt końcowego członka palca ręki ludzkiéj.

Gdy ciałem tem nie mogło być nic innego, jak przerosły środkowy płat gruczołu krokowego, przystąpiłem do usunięcia go, co dla braku miejsca ani nożem, ani termokauterem nie dało się uskutecznić, tylko albo nożyczkami na płask wygiętemi, albo jeszcze lepiéj podobnie zgiętemi szczypczykami przez L ö w e n b e r g a do wydobywania adenoidalnych wyrośli z jamy noso-połykowéj podanemi. Rzecz naturalna, że narzędziem takiem odjąć mogłem sterczący kawałek tylko częściami, co czyniłem dopóty, dopóki droga do cewki moczowéj od strony pęcherza nie została zupełnie oczyszczoną. Mierny krwotok z powstałéj skutkiem tego ranki starałem się przytamować przez przyżegnięcie termokauterem. Oczyściwszy wnętrze pęcherza dokładnie zwitkami z gazy jodoformowéj i sublimatowéj, zaprowadziłem gruby cewnik elastyczny, a w końcu zmniejszyłem ranę pęcherzową kilkoma szwami zostawiając umyślnie przestwór wolny między niemi z tego powodu, żeby zapewnić odpływ dla moczu na wypadek, gdyby tworzące się skrzepy w pęcherzu miały zatykać oka kateteru komornem w niem pozostawionego. Ranę zewnętrzną wytamponowałem 20°/₀ gazą jodoformową.

Z dalszego przebiegu mam do zanotowania, że pacyjent miał się przez pierwsze trzy dni zupełnie dobrze, mocz nieco krwawy odpływał przeważnie kateterem, a w znacznie mniejszéj części przez ranę brzuszną i to dopiero po pierwszych 24 godzinach, w których przez ranę nic nie przechodziło; bóle były nieznaczne, a podwyższenie temperatury ciała prawie żadne nad prawidło. Dopiero czwartego dnia zaczął chory majaczyć, bredzić, stał się niespokojnym, opatrunek i kateter przemocą odrzucał tak, że musiał zostawać pod nieustającą kontrolą i dozorem. Z początku nie umiałem sobie z tego stanu zdać sprawy, gdy jednak stan ten się przez drugi dzień utrzymywał, mimo, że mocz dobrze i w należytéj ilości odpływał i mimo, że gorączki wcale nie było, rozpoznałem z a t r u c i e j o d o f o r m e m, odsunąłem tenże zupełnie i wewnętrznie podałem brom w dużych dawkach, według rady S a m t e r a. I rzeczywiście przypady te zaraz się zmniejszyły, a wkrótce zupełnie ustąpiły. Rana nadłonowa zmniejszała się widocznie, moczu przez nią coraz mniéj, a cewnikiem coraz więcéj odpływało, wreszcie d. 11/6 1889 znalazłem ranę w głębi zasklepioną tak, że usunąłem cewnik z pęcherza, a chory oddał po raz pierwszy od lat kilku sam mocz drogą naturalną. Odtąd oddawanie moczu nie doznawało żadnéj przeszkody, odbywało się z początku częściéj, póżniéj zaś zbliżyło się liczbą swoją do normy, albowiem przypadało co 3—4 godzin. W miesiąc po operacyi była rana prawie zupełnie zagojoną, a pacyjent opuścił zakład z najzupełniejszem zadowoleniem.

Jeżeli piękny i korzystny rezultat niniejszego przypadku bezwzględnie zachęca do takiego postępowania tam, gdzie cięcie podbrzuszne wskazanem jest z innych powodów, jak n. p. w niniejszym z powodu kamieni moczowych, to niemniéj przyczynić on się może także i do rozszerzenia bezwzględnych wskazań doszczętnéj téj operacyi. Pomijając bowiem już tę okoliczność, że przy postępującym rozwoju kystoskopii będziemy mogli oznaczać na pewno przypadki, w których zwiększony środkowy płat nadawać się będzie do usunięcia go operacyjną drogą, to cięcie podbrzuszne wykonane w każdym przypadku ciężkich objawów pęcherzowych, wywołanych przerostem gruczołu krokowego, tylko do sprowadzenia ulgi przyczynić się może, usuwając przykre parcie i dając możność bezpośredniego leczenia zazwyczaj ciężko zajętéj błony śluzowéj pęcherza. Że zaś nie rzadko natrafimy na ów sterczący środkowy płat gruczołu tam, gdzie go podejrzywamy, przemawia dotychczasowa, jakkolwiek nieliczna jeszcze kazuistyka; przeto zarazem będziemy mieli sposobność doszczętnego usunięcia głównéj przeszkody. Lecz jeszcze jedna okoliczność wchodzi tu w rachubę, a mianowicie ta, że jak to wyżéj już wspomniałem, mamy jeszcze dwie inne metody doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu, tj. **Bottiniego** za pomocą galwanokaustyki i **Landerera** za pomocą cięcia środkowego cewki moczowéj, które to obydwie metody znacznie są mniejszemi zabiegami operacyjnemi niż cięcie podbrzuszne. Jeżeli jednak zważymy, że w obydwu tych, jakkolwiek rzeczywiście mniéj raniących metodach, działamy właściwie po omacku, gdy tutaj widzimy dokładnie, co i wiele z niego ma się usunąć, jeżeli wreszcie dodam, że technika operacyi podbrzusznéj i dalszego leczenia ztąd wynikłéj rany tak daleko naprzód postąpiła, że niebezpieczeństwa przywiązane do większego zranienia wcale tu nie mogą wchodzić w rachubę, to śmiało przyznać musimy, że jesteśmy uprawnieni do zalecania podbrzusznego cięcia pęcherza w celu doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu gruczołu krokowego, a o ile nadzieje nasze w téj metodzie pokładane się

ziszczą, wykazać może nam dopiero statystyka takich przypadków na setki lub tysiące zebrana. Niech tymczasem niniejszy przypadek będzie bodźcem do przedsiębrania więcéj takich operacyj.

W końcu zaznaczyć muszę, że po skreśleniu niniejszych uwag z przyjemnością natrafiłem w jednym z ostatnich zeszytów *Centralblatt für Chgie* (Nr. 24) na referat z obszerniejszéj pracy amerykańskiego chirurga F. S. Watsona, w któréj tenże na podstawie zestawienia dotychczasowego materyjału klinicznego, aczkolwiek nader jeszcze szczupłego, w ogólności przemawia za metodami doszczętnemi jako większą korzyść niosącemi, niż metody palijatywne, twierdzi jednakże, że tak badania anatomo-patologiczne, jak i doświadczenia kliniczne przemawiają za tem, iż w dwóch trzecich częściach przypadków da się doszczętna operacyja wykonać od strony międzykrocza, w jednéj zaś trzeciéj tylko należałoby przystąpić aż do przecięcia pęcherza nad łonem i to dodając je do poprzednio już wykonanéj *boutonnière*, która ma więc służyć jako operacyja wywiadowcza.

Czy takie postępowanie, czy też odwrotne, t. j. pierwéj wykonane cięcie pęcherza nadłonowe, a dopiero w razie potrzeby dodatkowo cięcie od strony międzykrocza, jak to proponuje M. Schmidt, znajdzie poparcie między chirurgami, wykaże nam najbliższa przyszłość; w każdym razie stanowić będzie prostatektomija temat w nowoczesnéj chirurgii najwięcéj ulubiony.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1889. Nr. 37.

Kraków. 1889. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarząd. A. M. Kosterkiewicza.